

CORNERSTONE
HOPE GARDENS COMMUNITY CENTER

422 Central Avenue • Brooklyn, NY 11221 •
Cornerstone Office Number: 718.919.1673 Ext 221

Adult Application

Valid July 1, 2016 - June 23, 2017

Aplicación de Adultos

Valida 1 de Julio 2016 hasta el 23 de Junio 2017

Name: _____

A Program of



Coalition for Hispanic Family Services
Building Strong Communities One Family at a Time

www.HispanicFamilyServicesNY.org

NYC
Department of
Youth & Community
Development

RODRIE STONE

HOPE GARDENS COMMUNITY CENTER

FOR OFFICE USE ONLY
SOLAMENTE PARA USO DE LA OFICINA

DATE: _____ ACCEPTED BY: _____ DYCD #: _____

ADULT CLASS OPTIONS:

- ESL
- FITNESS
- COMPUTER LITERACY
- GARDENING
- OTHER: _____

A Program of



Coalition for Hispanic Family Services
Building Strong Communities One Family at a Time

www.HispanicFamilyServicesNY.org

NYC
Department of
Youth & Community
Development

Cornerstone Adult Application (Ages 22+)
(July 2016 - June 2017)



Provider/Cornerstone Name: Hope Gardens Community Center

QUESTIONS MARKED WITH * ARE REQUIRED

***Date:** _____

<p>*Last Name _____</p> <p>*Home Address _____</p> <p>*City/State _____</p> <p>*Zip Code _____</p> <p>*Home Phone _____</p> <p>School Attending _____</p> <p>*Gender <input type="checkbox"/> Female <input type="checkbox"/> Male <input type="checkbox"/> No Response</p> <p>*Ethnicity & Race <input type="checkbox"/> Hispanic/Latino <input type="checkbox"/> Not Hispanic/Latino (see below) <input type="checkbox"/> American Indian or Alaskan Native <input type="checkbox"/> Asian <input type="checkbox"/> Black/African American <input type="checkbox"/> Native Hawaiian/Pacific Islander <input type="checkbox"/> White <input type="checkbox"/> Other _____ <input type="checkbox"/> No Response</p> <p>*Country of Origin _____</p>	<p>*First Name _____</p> <p>*Apartment No. _____</p> <p>*NYCHA Resident <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Yes</p> <p>Development Name _____</p> <p>*Borough _____</p> <p>*Cell Phone _____</p> <p>Email _____</p> <p>*Date of Birth _____</p> <p>*Primary Language _____</p>
--	--

EMERGENCY CONTACTS		If there is an emergency, please contact the following individuals:
*NAME		*Relationship to you:
*Address/Apt		*Contact Write down all numbers and circle the best number to call in case of an emergency:
City, State		<input type="checkbox"/> Home _____
Zip Code		<input type="checkbox"/> Cell _____
		<input type="checkbox"/> Work _____

PARTICIPANT HEALTH INFORMATION

Please check any of the following that pertain to the participant. Many needs or health challenges can be accommodated and may not limit enrollment in the program.

- | | | | |
|---|--|--|--|
| <input type="checkbox"/> Allergies to food | <input type="checkbox"/> Behavioral/Emotional Issues | <input type="checkbox"/> Diabetes | <input type="checkbox"/> Obesity |
| <input type="checkbox"/> Allergies to medications | <input type="checkbox"/> Convulsions/Seizures | <input type="checkbox"/> Medication | <input type="checkbox"/> Physical Disabilities |
| <input type="checkbox"/> Other Allergies | <input type="checkbox"/> Congestive Illness (e.g., heart murmur/disease, blood pressure) | <input type="checkbox"/> Corrective Devices (e.g., crutches, hearing aid, eye glasses) | <input type="checkbox"/> Pregnancy |
| <input type="checkbox"/> Asthma | | | <input type="checkbox"/> NONE |

Other(s) not listed _____

If you have checked any of the above OR there are other important health needs that may affect participation in the program, including activities that the participant MAY NOT do, please provide details:

Cornerstone Adult Application (Ages 22+)
(July 2016 - June 2017)



QUESTIONS MARKED WITH * ARE REQUIRED

CONSENT FOR EMERGENCY MEDICAL TREATMENT

I give authority to the Program Agency's staff to obtain necessary emergency medical treatment for myself with the understanding that my family will be notified as soon as possible. I understand that every effort will be made to contact my family/emergency contact before and after medical care is provided.

Yes, I give permission No, I do not give permission

I agree to assume full responsibility for any risks, injuries or damages, known or unknown, which I might incur as a result of participating in the program. In addition, I am physically fit to exercise and have obtained any necessary medical clearance from my physician prior. In the event that I am injured in any way or suffer any medical condition as a result, on behalf of myself, my heirs, agents or assigns, I hereby waive any claims, demands or cause of action and release from any liability whatsoever, from the City of New York, DYCD, Hope Gardens, the Coalition for Hispanic Family Services and the Department of Education.

Signature of Adult Participant: _____ Date: _____

CONSENT FOR PHOTO/VIDEOTAPING AND USE OF YOUTH WORK

Please be aware that sometimes, staff, photographers, newspapers, television reporters, media representatives and public relations personnel may be present during program activities and special events, both in-school and away from school. In some cases, they may photograph, interview or otherwise record children and/or adult caregivers who participate in these events. The resulting images, videos and interviews may be used for non-profit, non-commercial purposes of the program to promote the programs in printed and electronic media published by our agency, such as brochures, books, print and email newsletter, DVDs and videos, websites and blogs. These images may also be used by Coalition for Hispanic Family Services, DYCD and/or any DYCD designee including, but not limited to the New York State Department of State in its publications.

Yes, I give my permission No, you do not have permission

SIGNATURES

To the best of my knowledge the information above is true. I agree to its verification and understand that falsification may be grounds for termination of service. Information provided may be used by the City of New York to improve City services or to access additional funding.

Applicant: _____
(Print) (Sign) (Date)

Intake Specialist/Staff: _____
(Print) (Sign) (Date)

A Program of



Coalition for Hispanic Family Services

Building Strong Communities One Family at a Time

www.HispanicFamilyServicesNY.org

Rules and Regulations

Management at this community center strives to provide a safe and communal experience for all participants. Participants must abide by the following guidelines or they will run the risk of being suspended or expelled from the program:

1. Submit a completed application with proof of age prior to participating.
2. All participants are required to enter and exit the facility through the designated doors only.
3. Participants must sign-in and sign-out daily on the master roster.
4. Participants may only sign-in for the current day. Participants who sign out of an activity early cannot return until the time of the next activity.
5. Participants must wear appropriate clothing and shoes. Clothing should cover all undergarment areas. All hats (except those used for religious purposes) must be removed upon entering.
6. No inappropriate touching, or language that is sexual in nature.
7. Fighting, including play fighting, is strictly prohibited. Individuals who engage in fighting will be suspended or expelled.
8. Eating is allowed only in designated areas and times. No candy, gum, or seeds.
9. Garbage and recyclables must be placed in their proper containers.
10. Vandalism in and around the center is strictly prohibited.
11. We are not responsible for lost or stolen items.
12. No weapons or anything that can be considered a weapon should be brought onto the property.
13. No alcohol, cigarettes, or controlled substances are permitted on or around the premises you will be expelled.
14. Theft is subject to criminal prosecution and suspension and/or expulsion.
15. All fitness and game equipment, such as mats, weights, and controllers, must be used with care.
16. Videotaping and/ or recording of participants activities is not permitted.
17. Bullying, including cyberbullying, written, or verbal is not permitted.

I acknowledge the Community Center Rules and Regulations and understand that failure to follow these rules will forfeit my ability to participate at the community center.

Participant Name: _____ Participant's Signature: _____

Date: _____

1 DATOS DEL PARTICIPANTE

Información de contacto del participante

Padre o tutor legal principal del participante:	¿Quién se inscribe en este programa? <input type="checkbox"/> Mi hijo(a) <input type="checkbox"/> Yo <i>Para inscribirse usted, debe tener más de 18 años.</i>
Número de teléfono principal:	Correo electrónico:* <input type="checkbox"/> Sin dirección de correo electrónico
Fecha	Período del programa
Apellido*	Nombre*
Fecha de nacimiento*	Teléfono celular
Dirección de residencia*	Número de apartamento:
Ciudad*	Estado*
Código postal*	Municipio
Teléfono fijo	<input type="checkbox"/> Partida de nacimiento <input type="checkbox"/> Pasaporte <input type="checkbox"/> Licencia de conducir <input type="checkbox"/> Identificación oficial del estado <input type="checkbox"/> Carta oficial <input type="checkbox"/> Identificación oficial municipal
Residente en NYCHA* <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Documento de identidad
Género* <input type="checkbox"/> Femenino <input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/> Otro:	

Información

País de origen	Competente en inglés* <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
Identidad étnica* <input type="checkbox"/> Amerindio o nativo de Alaska <input type="checkbox"/> Hawaiano o isleño del Pacífico	<input type="checkbox"/> Asiático <input type="checkbox"/> Blanco <input type="checkbox"/> Negro o afroamericano <input type="checkbox"/> Otra <input type="checkbox"/> Hispano o latino <input type="checkbox"/> No responde
Principal idioma hablado en el hogar*	Otro(s) idioma(s)

Situación laboral o

Grado actual	Número de estudiante/OSIS
Docente/Consejero	Tipo de escuela: <input type="checkbox"/> Pública <input type="checkbox"/> Autónoma <input type="checkbox"/> Privada <input type="checkbox"/> Otra
Nombre de la escuela:	Dirección de la escuela:
Estatus del estudiante: ¿El participante es estudiante? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Si la respuesta es positiva: <input type="checkbox"/> Tiempo completo <input type="checkbox"/> Parcial
Si NO es estudiante, por favor indique el último nivel educativo completado:	<input type="checkbox"/> Grados K-11; indique su último grado: _____ <input type="checkbox"/> Bachiller <input type="checkbox"/> Equivalente a bachiller <input type="checkbox"/> Años de universidad <input type="checkbox"/> Título universitario
Si NO es estudiante, usted está:	<input type="checkbox"/> Desempleado por _____ semanas <input type="checkbox"/> Empleado tiempo completo <input type="checkbox"/> Empleado medio tiempo
Indique si alguien más en su hogar participa en este programa. Escriba nombre(s) y apellido(s).	

Otro

4 MÁS INFORMACIÓN

Si hay alguna emergencia, contacte a las siguientes personas:

<p>1 NOMBRE* _____</p> <p>Buscar* <input type="checkbox"/> Esta persona puede buscar a mi hijo(a). _____</p> <p>Dirección _____</p> <p>Ciudad, Estado _____</p> <p>Código postal _____</p>	<p>RELACIÓN CON EL PARTICIPANTE:</p> <p>Anote todos los números e indique a cual llamar en caso de emergencia:</p> <p>Contacto: <input type="checkbox"/> Casa _____</p> <p><input type="checkbox"/> Celular _____</p> <p><input type="checkbox"/> Trabajo _____</p> <p><input type="checkbox"/> Correo electrónico* _____</p> <p><input type="checkbox"/> Sin dirección de correo electrónico _____</p>
--	--

<p>2 NOMBRE* _____</p> <p>Buscar* <input type="checkbox"/> Esta persona puede buscar a mi hijo(a). _____</p> <p>Dirección _____</p> <p>Ciudad, Estado _____</p> <p>Código postal _____</p>	<p>RELACIÓN CON EL PARTICIPANTE:</p> <p>Anote todos los números e indique a cual llamar en caso de emergencia:</p> <p>Contacto: <input type="checkbox"/> Casa _____</p> <p><input type="checkbox"/> Celular _____</p> <p><input type="checkbox"/> Trabajo _____</p> <p><input type="checkbox"/> Correo electrónico* _____</p> <p><input type="checkbox"/> Sin dirección de correo electrónico _____</p>
--	--

3 INFORMACIÓN DE SALUD DEL PARTICIPANTE

Por favor señale cualquier opción que se cumpla para el participante. Se acepta gente con diferentes problemas de salud y pueden les no restringir la inscripción en el programa.

- | | | | |
|---|---|---|---|
| <input type="checkbox"/> Alergias alimentarias | <input type="checkbox"/> Problemas emocionales o de conducta | <input type="checkbox"/> Diabetes | <input type="checkbox"/> Discapacidades físicas |
| <input type="checkbox"/> Alergias a medicamentos | <input type="checkbox"/> Convulsiones o ataques epilépticos | <input type="checkbox"/> Programa de Educación Individualizada. | <input type="checkbox"/> Embarazo |
| <input type="checkbox"/> Otras alergias (favor especifique) | <input type="checkbox"/> Insuficiencia cardiaca (ej. soplo cardiaco, presión arterial) | <input type="checkbox"/> Obesidad | <input type="checkbox"/> NADA |
| <input type="checkbox"/> Asma | <input type="checkbox"/> Aparatos correctivos (ej. muletas, dispositivo auditivo, anteojos) | <input type="checkbox"/> Otro (por favor especifique) | |

Señale todas las que correspondan:

- ¿Su hijo(a) tiene algún problema especial de salud que requiera tratamiento o medicamentos?
- ¿Su hijo(a) toma medicamentos por cualquier enfermedad?
- Información médica actualizada en el expediente:
- ¿Hay alguna actividad en la que su hijo(a) no pueda participar? (Si es así, por favor especifique abajo)

Actividades en las que su hijo(a) no puede participar:

- ¿Usted o alguno de los miembros de su familia están cubiertos por Medicaid, Child Health Plus, Family Health Plus o algún seguro médico privado?
- Si NO es así, ¿quiere que se le contacte con información sobre programas de seguro médico público?

2 PARTICIPANTE SEGURIDAD

FIRMAS

A nuestro leal saber, toda la información anterior es verdadera. Acepto su verificación y entiendo que la falsificación puede ser motivo para la finalización de este servicio. La información suministrada puede ser usada por la ciudad de Nueva York para mejorar los servicios de la ciudad o para recibir financiamiento adicional.

He llenado esta solicitud.

Solicitante: _____
(En letras) (Firma) (Fecha)

Organización: _____

Especialista de admisión/personal: _____ Fecha: _____

Consentimiento para tomar fotos y videos y uso del trabajo social

Tenga conciencia de que a veces, el personal, los fotógrafos, periodistas de prensa o televisión, representantes de medios de comunicación y personal de relaciones públicas pueden estar presentes durante las actividades del programa y los eventos especiales, tanto en eventos extracurriculares como en el lugar habitual del programa. En algunos casos, pueden tomar fotografías o videos o entrevistar o grabar de alguna otra forma a los participantes. Los videos, imágenes y entrevistas resultantes pueden usarse solo para fines no comerciales en materiales impresos o electrónicos como folletos, libros, boletines informativos físicos o digitales, DVD y videos, páginas web, redes sociales y blogs (colectivamente «los Medios»). Estos videos, imágenes y entrevistas pueden ser usados por el Coalition for Hispanic Family Services, DYCD o terceras partes para colaborar con el DYCD, sin compensación ni aprobación posterior, solo para fines no comerciales.

Si durante la participación en las actividades del programa o de los eventos especiales, un participante toma fotos o videos, el DYCD puede usarlos en cualquiera y en todos los medios para promocionar el programa o para cualquier otro fin informativo y no comercial, sin compensación ni aprobación previa.

- Entiendo que yo puedo ser fotografiado(a), entrevistado(a) o grabado(a) de alguna otra forma durante las actividades del programa o eventos especiales y autorizo que yo sea fotografiado(a), entrevistado(a) o grabado(a) de alguna otra forma solo para fines no comerciales del programa.
___ Sí, lo autorizo ___ No, no tienen mi autorización
- Entiendo que el trabajo mio puede ser usado en materiales que promocionen el programa, solo para fines no comerciales del programa
___ Sí, lo autorizo ___ No, no tienen mi autorización

2 PARTICIPANTE SEGURIDAD

Consentimiento para tratamiento médico de emergencia

Autorizo al personal del programa para que me busquen el tratamiento médico de emergencia necesario, sabiendo de que se notificará a la familia lo más pronto posible. Entiendo que se realizará todo lo posible para contactar mi familia antes y después de que se suministre el cuidado médico.

___ Sí, lo autorizo

___ No, no lo autorizo

Declaración de consentimiento

Yo, quien suscribe, certifico que he revisado todas las afirmaciones de consentimiento anteriores y expreso mi voluntad. Entiendo que el consentimiento es voluntario y puedo revocarlo por escrito en cualquier momento.

Nombre del participante

Firma del participante

Fecha

Estoy de acuerdo en asumir la plena responsabilidad por los riesgos, lesiones o daños, conocidos o desconocidos, que podría incurrir como resultado de su participación en el programa. Además, estoy en buena forma física para hacer ejercicio y he obtenido ninguna autorización médica necesaria de mi médico antes. En el caso de que me lesiono en cualquier forma o sufrir alguna condición médica, como resultado, en nombre de mí mismo, mis herederos, agentes o encargados, por la presente renuncio a cualquier reclamación, demanda o causa de acción y libero de toda responsabilidad, desde la Ciudad de Nueva York, DYCD, Hope Gardens, la Coalición de Servicios para Familia Hispanas y el Departamento de Educación.

Nombre del participante

Firma del participante

Fecha

A Program of



Coalition for Hispanic Family Services

Building Strong Communities One Family at a Time

www.HispanicFamilyServicesNY.org

Reglas y Regulaciones

La administración en este centro comunitario intenta proveer una experiencia segura y comunitaria para todos los participantes. Con esto en mente, los participantes deben acatar las siguientes reglas:

1. Cada participante debe completar una aplicación con prueba de dirección antes de participar en alguna actividad.
2. Todos los participantes deben entrar y salir por las puertas designadas.
3. Los participantes deben registrarse diariamente y no pueden salir sin firmar otra vez. Solo se puede firmar por el día actual.
4. Los estudiantes deben llevar ropa y zapatos apropiados. Toda clase de gorros (salvo aquellos con fines religiosos) deben ser quitados antes de entrar al Centro Comunitario.
5. Los estudiantes no deben de tocar de maneras inapropiadas.
6. Peleando, o jugando de manos está próvido. Individuos que juegan de mano serán suspendidos o revocados de sus privilegios en el Centro Comunitario.
7. Solo se permite comer en áreas y tiempos designados. No se pueden traer dulces, chicles, ni semillas al Centro Comunitario.
8. No es permitido ensuciar el centro o sus alrededores. Se debe botar basura y reciclaje en recipientes adecuados.
9. Vandalismo adentro o alrededor del centro está estrictamente prohibido.
10. No somos responsables por artículos perdidos o robados. Recomendamos fuertemente que no se lleven artículos de valor al edificio.
11. Armas de fuego, cuchillos, navajas, y otras armas no están permitidos.
12. No alcohol, cigarrillos, o sustancias controladas están permitidos en el centro o sus alrededores.
13. No se tolera el robo. El robo es sujeto a la persecución penal y a la revocación de privilegios del Centro.
14. Se debe usar cuidadosamente todo el equipo de ejercicio, tal como estera, pesas, y dispositivos de juego.
15. Grabar o filmar actividades y participantes no está permitido.
16. Acoso incluyendo acoso cibernético escrito o verbal no está permitido.

Yo entiendo las Reglas y Regulaciones del Centro Comunitario y reconozco que la desobediencia de estas reglas puede resultar en suspensión o terminación del Centro Comunitario.

Nombre y Apellido en Imprenta: _____

Firma del Participante: _____ Fecha: _____

